

Documentazione da presentare per la denuncia di sinistro in caso di:
Invalidità permanente totale

1. Modulo di denuncia – invalidità permanente totale (IPT) (allegato alla presente);
2. Modulo di relazione medica – invalidità permanente totale (IPT) (allegato alla presente);
3. Copia conforme all'originale dell'accertamento dell'invalidità permanente totale rilasciato dall'INPS o altro ente pubblico;
4. **Copia conforme all'originale della cartella clinica relativa al ricovero occorso all'assicurato relativa alla prima diagnosi di patologia;**
5. Modulo consenso trattamento dati personali comuni e sensibili (Legge 196/03) (allegato alla presente).

Le ricordiamo di verificare la correttezza dei dati inseriti, indicando nei moduli di denuncia con la massima esattezza il numero di contratto e la data di decorrenza della copertura assicurativa.

Precisiamo che tale richiesta di documenti non implica alcun riconoscimento e lascia salvi ed impregiudicati tutti i nostri diritti. Le ricordiamo infine che, ai sensi dell'art. 2952, c. 2 Cod. Civ., qualsiasi diritto si prescrive passati due anni dalla data del fatto.

MODULO DENUNCIA - CASO INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE (MD-IPT)

(compilazione a cura del denunciante - Assicurato o erede dell'Assicurato)

DATI RELATIVI ALLA POLIZZA ASSICURATIVA (informazioni indispensabili per poter aprire la pratica):

NUMERO DI POLIZZA: _____

DATI PERSONALI DELL'ASSICURATO:

NOME: _____ COGNOME: _____

LUOGO DI NASCITA: _____ DATA DI NASCITA (giorno/mese/anno):

SESSO: M F COD. FISC.:

INDIRIZZO: _____ CAP:

COMUNE: _____ PROV: _____

CONDIZIONE LAVORATIVA: (barrare la casella)

- Lavoratore dipendente settore privato
 Lavoratore autonomo
 Altro _____
 Lavoratore dipendente settore pubblico
 Non Lavoratore (Disoccupato, Studente, Casalinga, Pensionato ecc.)

Nel caso di lavoratore, indicare la professione svolta dall'Assicurato al verificarsi dell'invalidità: _____

Impresa / ditta (ragione/denominazione sociale): _____

Indirizzo impresa / ditta: _____

CASO MALATTIA (da compilare se l'invalidità è dovuta a malattia):

Natura della malattia: _____

Data di constatazione medica della malattia (giorno/mese/anno):

Data di inizio dell'interruzione del lavoro (giorno/mese/anno):

Manifestazione della malattia e genere dei disturbi sofferti: _____

Indichi da quando soffre di questi disturbi (mese/anno):

Ha già sofferto, in passato, della stessa malattia? SI NO Se si, da quando (mese/anno)?

CASO INFORTUNIO (da compilare se l'invalidità è dovuta a infortunio):Indichi data e luogo dell'infortunio: Data: Luogo _____Descrizione dell'infortunio che ha provocato l'invalidità: _____

_____Genere delle lesioni e dell'impedimento fisico: _____

Indichi l'eventuale Autorità intervenuta (Carabinieri, Polizia, Vigili del Fuoco, ect.) e relativo indirizzo:

Autorità _____

Indirizzo _____

DA COMPILARE IN TUTTI I CASI:Quando ha consultato il medico per la prima volta a causa di questa malattia / infortunio? Data: Si è mai reso necessario il ricovero ospedaliero a causa di questa malattia / infortunio? SI NO

Se SI, precisare struttura ospedaliera, luogo, data del ricovero ed eventuale intervento subito:

Struttura _____ Luogo _____ Data:

Intervento _____

Indichi la data di inizio dell'invalidità permanente totale: dal L'Invalidità richiede l'assistenza vita natural durante di una terza persona per svolgere gli atti quotidiani? SI NO Percepisce una pensione di Invalidità? SI NO

Se SI, indicare l'Ente che la eroga: _____

Indichi eventuali prestazioni già liquidate: _____

_____**Il denunciante - Assicurato o erede dell'Assicurato**Data: Firma: _____

Nome e Cognome (leggibili): _____

Indirizzo e telefono: _____

Avendo preso visione dell'informativa sulla privacy allegata al presente modulo di denuncia, con la presente sottoscrizione, acconsento al trattamento da parte di MetLife Europe d.a.c., Rappresentanza Generale per l'Italia, dei miei dati personali e sensibili per le finalità, secondo le modalità e mediante i soggetti indicati nella predetta informativa.

Data _____ Firma dell'Assicurato/Denunciante _____

RELAZIONE MEDICA - CASO INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE (RM-IPT)
 (da far compilare al medico curante o al medico che ha constatato l'Invalidità)

DATI PERSONALI DELL'ASSICURATO:

NOME: _____ COGNOME: _____
 LUOGO DI NASCITA: _____ DATA DI NASCITA (giorno/mese/anno): [][][][][][]
 SESSO: M F COD. FISC.: [][][][][][][][][][][][][][][][][][][][]
 INDIRIZZO: _____ CAP: [][][][][]
 COMUNE: _____ PV: _____

Indichi se l'Invalidità è dovuta a: Malattia Infortunio

CASO MALATTIA:

Indichi la data in cui si manifestarono i primi sintomi (mese/anno): [][][]

Diagnosi: _____

CASO INFORTUNIO:

Indichi la data ed il genere dell'infortunio (giorno/mese/anno): [][][][][]

Genere: _____

DA COMPILARE IN TUTTI I CASI:

Indichi se il soggetto ha effettuato trattamenti ambulatoriali:

presso il Suo studio: dal [][][][][] al [][][][][]
 prima di Lei, presso il Dr. _____ dal [][][][][] al [][][][][]
 dopo di Lei, presso il Dr. _____ dal [][][][][] al [][][][][]

Indichi se il soggetto ha effettuato trattamenti ospedalieri: dal [][][][][] al [][][][][]

Struttura : _____ Luogo: _____

Anamnesi ed evoluzione del caso: _____

Indichi il genere dei trattamenti effettuati: _____

Indichi il genere delle lesioni subite e/o dell'impedimento fisico derivatone: _____

Indichi la prima volta in cui è stato consultato un medico per questa malattia / infortunio: _____ Data:

Si è reso necessario il ricovero ospedaliero a causa di questa malattia / infortunio? SI NO

Se SI, precisare la struttura ospedaliera, luogo, periodo del ricovero ed eventuale intervento subito:

Struttura : _____ Luogo: _____

Periodo del ricovero: _____ Data di entrata: Data di dimissione:

Intervento _____

Indichi la data di inizio dell'Invalidità Permanente Totale: _____ dal

L'Invalidità richiede l'assistenza vita natural durante di una terza persona per svolgere gli atti quotidiani? SI NO

L'Assicurato percepisce una pensione di Invalidità: SI NO

Se SI, indichi l'Ente che la eroga: _____

Quali altre informazioni ritiene utile fornirci? _____

Il medico Data:

Firma _____

Domicilio: _____

Timbro

Telefono: _____

Informativa Privacy

di MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia (**titolare del trattamento dei dati**) con sede amministrativa in Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma e sede legale in Irlanda, in '20 on Hatch', Lower Hatch Street, Dublino 2 (di seguito "**MetLife**" o "**Società**")

Gentile Cliente,

ad integrazione delle informazioni che le sono già state rese all'atto della stipula della polizza assicurativa e riportata nell'informazione sulla Privacy integralmente consultabile nella nostra pagina web dedicata alla Privacy sul sito www.metlife.it, la informiamo che i dati personali, incluse le particolari categorie di dati¹, da lei forniti con la compilazione del modulo di denuncia del sinistro e con l'eventuale invio di documentazione sanitaria, saranno utilizzati da MetLife al fine di accertare la sussistenza delle condizioni per la liquidazione del sinistro e per procedere all'eventuale indennizzo. Tenuto conto che nella gestione del presente rapporto contrattuale potrebbe essere necessario disporre di dati di terzi (a titolo esemplificativo dell'assicurato, se diverso dal contraente, del beneficiario, dell'esercente la potestà di genitore o in caso si trattino i dati di un minore di età) le precisiamo che è suo onere consegnare la presente informativa ai terzi di cui fornisca eventualmente i dati, acquisendo il consenso ove necessario. Nel caso di trattamento di dati di minori di età, la manifestazione del consenso richiesta in base alla vigente normativa deve essere espressa da uno dei soggetti esercenti la potestà di genitore dopo aver preso visione della presente informativa. Il trattamento di tali dati risulta pertanto necessario alla valutazione della richiesta di indennizzo.

I dati personali forniti saranno utilizzati, anche con l'ausilio di strumenti elettronici, dal personale preposto alla gestione e liquidazione dei sinistri nell'ambito delle strutture della Società ed ivi conservati per il tempo strettamente necessario alle finalità sopra descritte. Tali dati potranno, inoltre, essere comunicati e trattati da società e/o professionisti di nostra fiducia o da pubbliche Autorità², qualora necessari o per esigenze connesse alla gestione delle obbligazioni contrattuali, per l'elaborazione di specifiche statistiche in relazione alla liquidazione dei sinistri, per la condivisione di informazioni connesse alla gestione di eventuali contenzioni, nonché per l'adempimento di obblighi di legge. L'elenco completo ed aggiornato dei soggetti a cui i dati potrebbero essere comunicati è disponibile presso la sede della Società. La invitiamo a consultare l'informativa Privacy di MetLife sul sito www.metlife.it, dove troverà ogni ulteriore informazione e aggiornamenti in merito a quali sono i suoi diritti e come esercitarli (cioè l'accesso, la rettifica, la cancellazione, la limitazione del trattamento, l'opposizione e alla portabilità dei dati e il diritto di ottenere chiarimenti in merito alle decisioni automatizzate) e la responsabilità della protezione dei dati per ogni comunicazione o reclamo, il periodo di conservazione dei suoi dati, i soggetti a cui i dati possono essere comunicati per la gestione del contratto, anche se in paesi fuori dall'Unione Europea, nel rispetto delle disposizioni di legge e Regolamento vigenti per la tutela della Privacy.

Presenza visione dell'Informativa Privacy e consenso al trattamento delle particolari categorie di dati

Ai sensi della vigente normativa sulla Privacy (Regolamento UE n. 2016/679 e relativa legge di attuazione e D.Lgs. n. 196/2003 s.m.i.) dichiaro di aver letto e compreso le finalità e modalità di trattamento dei dati da parte di MetLife - in qualità di Titolare del trattamento - come indicato nell'Informativa Privacy allegata alle Condizioni di assicurazione a me consegnate e consultabili su www.metlife.it, nella sezione dedicata alla Privacy. Per le ragioni esposte, consapevole che il trattamento dei miei dati personali è necessario per l'esecuzione e gestione del contratto e che è mio obbligo consegnare l'informativa ai terzi di cui fornisco eventualmente i dati, **acconsento al trattamento dei dati personali ai fini della trattazione del sinistro.**

| | | |
|---|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| ✘ | / / Data (gg/mm/aa) | Firma dell'Assicurato / Esercente la potestà o del tutore per assicurati minorenni |
| ✘ | / / Data (gg/mm/aa) | Firma del Denunciante se diverso dall'Assicurato |

¹ Per "particolari categorie di dati personali", ai sensi della normativa vigente, si intende qualunque informazione personale idonea a rivelare lo stato di salute dell'interessato, nonché l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico e sindacale, la vita sessuale e i dati giudiziari.

² In particolare, alcuni suoi dati potranno essere comunicati a: (i) soggetti facenti parte della nostra rete di vendita; (ii) società di Nostra fiducia, anche situate all'estero in Paesi appartenenti all'Unione Europea che svolgono per Nostro conto attività e servizi strettamente connessi alla vendita ed alla gestione di prodotti assicurativi e che utilizzeranno i suoi dati in qualità di autonomi titolari o di responsabili del trattamento. In particolare i dati personali potranno essere comunicati e trattati da: assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, broker, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (es. banche, istituti finanziari, SIM); call center; legali, tutori, curatori, investigatori e periti, consulenti medici, attuari, società di intermediazione creditizia; società di amministrazione del portafoglio, studi o società nell'ambito di rapporti di assistenza e consulenza, nonché società di servizio cui siano eventualmente affidate: la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; la gestione dei servizi e dei sistemi informatici; l'archiviazione della documentazione relativa ai rapporti contrattuali; attività di stampa, trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni; (iii) enti ed organismi pubblici, associativi e consortili del settore assicurativo per l'adempimento di obblighi di legge (es. obblighi in materia di antiriciclaggio) o di contratto quali, a titolo esemplificativo ma non esaustivo: ANIA, IVASS, CONSOB, Central Bank of Ireland, Ministero dello Sviluppo Economico, CONSAP, Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, Banca d'Italia, Unità di Informazione Finanziaria, Casellario Centrale Infortuni, pubbliche Autorità.

